

**Нечаева К. В.**

РНПЦ психического здоровья (Минск)

## **ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

В настоящее время актуальными являются проблемы реабилитации и интеграции психически больных людей в общество, в связи с чем, повышается значимость социальных аспектов оказания психиатрической помощи. В данной связи, на место медицинской модели оказания психиатрической помощи приходит биопсихосоциальная, объединяющая в себе и медицинскую, и психологическую и социальную модель. Она является особой методологической установкой, дающей возможность избежать альтернативности в подходе к человеку (биологическое и социальное), страдающему тем или иным недугом.

В то же время показатель субъективного качества жизни, позволяющий выявлять нарушения, которые не проявляются, становится непременным и важным компонентом оценки результатов лечения и эффективности оказываемой помощи.

Методологическую базу нашего исследования составили работы И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера, Я. А. Сторожакова, Ф. В. Кондратьева, Д. А. Зайцева, Л. Г. Мовина, А. Ф. Lehmana, которые исследуют и изучают вопросы «качества жизни» лиц, страдающих психическими расстройствами [1], а также работы Л. И. Круглова, А. Н. Богдана, М. Л. Аграновского, М. М. Кабанова, М. М. Буркина, Л. М. Анашкина, занимающихся исследованием вопросов процесса ресоциализации лиц, страдающих психическими расстройствами путем социально-трудовой, профессиональной и семейной адаптации.

На базе психиатрического стационара нами проводилось исследование качества жизни лиц, страдающих шизофренией до и после прохождения психосоциальной реабилитации (ПСР).

В исследовании принимали участие 30 пациентов, страдающих шизофренией. Контингент испытуемых был женского пола. Возраст: 30–39 лет (16,7%), 40–49 лет (50%) и 50–59 лет (33,3%). Средний возраст составил  $45,7 \pm 8,3$ .

В структуру психосоциальной программы реабилитации входили следующие мероприятия:

- 1) психообразовательные программы, способствующие осознанию пациентами своего заболевания, развивающие чувство самоценности и внутреннего контроля, формирующие сознательное отношение к лечению, ответственность за свое будущее [1];

2) тренинговая работа, позволяющая обучить пациентов различным видам умений и навыков, законам межличностного общения, умению принимать правильные решения в трудных ситуациях, ориентироваться на рост и самосовершенствование личности. К основным видам тренинга, относятся: социально-бытовой, коммуникативный, эмоционально-волевой, когнитивно-познавательный;

3) трудотерапия, способствующая повышению самооценки личности пациента, достижению положительного результата восстановлению биологических, социальных и профессиональных функций пациента [1];

4) социокультурная реабилитация, способствующая организации рационального и содержательного досуга пациентов, созданию условий для самореализации каждой отдельной личности [2];

5) комплекс арттерапевтических техник.

Для исследования качества жизни у лиц, страдающих шизофренией, нами использовался опросник социального функционирования и качества жизни психически больных, где были взяты пять сфер жизни: физическая работоспособность, интеллектуальная продуктивность, занятие домашним хозяйством, характеристика круга общения, характер отношений с окружающими, которые оценивались испытуемыми по четырем показателям: не удовлетворен; скорее не удовлетворен, чем удовлетворен; скорее удовлетворен, чем не удовлетворен; удовлетворен полностью.

В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты:

1. В категории оценки «не удовлетворен» и «скорее не удовлетворен, чем удовлетворен»:

- по характеристике физическая работоспособность - до прохождения ПСР процент составил 43,4 % (13 человек), после ПСР процент составил 0 % (0 человек);

- по характеристике интеллектуальной продуктивности – до прохождения ПСР процент составил 36,66 % (11 человек), после ПСР процент составил 0 % (0 человек);

- по характеристике занятие домашним хозяйством – до ПСР процент составил 56,7 % (17 человек), после ПСР процент составил 13,33 % (4 человека);

- по характеристике круга общения – до ПСР процент составил 43,33% (13 человек), после ПСР процент составил 16,6 % (5 человек);

- по характеристике характер отношений с окружающими – до ПСР процент составил 46,66 % (14 человек), после ПСР процент составил 13,33 (4 человека).

2. В категории оценки «скорее удовлетворен, чем не удовлетворен» и «удовлетворен полностью»:

- по характеристике физическая работоспособность - до прохождения ПСР процент составил 56,7 % (17 человек), после ПСР процент составил 100 % (30 человек);

- по характеристике интеллектуальной продуктивности – до прохождения ПСР процент составил 33,33 % (10 человек), после ПСР процент составил 100 % (30 человек);

- по характеристике занятие домашним хозяйством – до ПСР процент составил 43,33 % (13 человек), после ПСР процент составил 83,33 % (25 человек);

- по характеристике круга общения – до ПСР процент составил 56,7 % (17 человек), после ПСР процент составил 83,33 % (25 человек);

- по характеристике характер отношений с окружающими – до ПСР процент составил 53,33 % (16 человек), после ПСР процент составил 86,7 % (26 человек).

Анализ результатов, полученных в эмпирическом исследовании, по изучению динамики качества жизни лиц, страдающих психическими расстройствами, до и после прохождения психосоциальной реабилитации свидетельствует о том, что по всем 5 сферам жизни субъективная оценка качества жизни повысилась, что говорит об эффективности мероприятий психосоциальной реабилитации.

#### **Литература**

1. Гурович, И. Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер. – М., 2002.
2. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. – Л., 1978.